

41
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 4 Décembre 1895, à 1 heure

Par LOUIS LACROIX

Né à Paris, le 23 avril 1866.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
QUELQUES CONSÉQUENCES ÉLOIGNÉES
DE
LA SYPHILIS

Président : M. FOURNIER, professeur.

Professeur : M. STRAUS.

Agrégés : MM. } GILLES DE LA TOURETTE.
 } NETTER

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
HENRI JOUVE
15, Rue Racine, 15

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 4 Décembre 1895, à 1 heure

Par Louis LACHOIX

Né à Paris le 29 avril 1868

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

QUELQUES CONSÉQUENCES ÉLOIGNÉES

DE

LA SYPHILIS

Président : M. FOUCAULT, professeur

Professeur : M. STALLIS

Aggrégés : M. L. LA TOURETTE

M. NETTER

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI LOUVE

15, Rue Cassini, 15

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 4 Décembre 1895, à 1 heure

Par LOUIS LACROIX

Né à Paris, le 23 avril 1866.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

QUELQUES CONSÉQUENCES ÉLOIGNÉES

DE

LA SYPHILIS

Président : M. FOURNIER, professeur.

Professeur : M. STRAUS.

Agrégés : MM. { GILLES DE LA TOURETTE.
NETTER

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M.	BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.	FARABEUF.
Anatomie.....		CH. RICHET.
Physiologie.....		GARIEL.
Physique médicale.....		GAUTIER.
Chimie organique et chimie minérale.....		BAILLON.
Histoire naturelle médicale.....		BOUCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....		DIEULAFOY.
Pathologie médicale.....		DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....		CORNIL.
Histologie.....		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....		TERRIER.
Pharmacologie.....		POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.....		LANDOUZY.
Hygiène.....		PROUST.
Médecine légale.....		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		LABOULBÈNE.
Pathologie expérimentale et comparée.....		STRAUS.
Clinique médicale.....		SEE (G.)
		POTAIN.
		JACCOUD.
		HAYEM.
		GRANCHER.
Maladies des enfants.....		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....		DUPLAY.
Clinique chirurgicale.....		LE DENTU.
		TILLIAUX.
		BERGER.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		GUYON.
Clinique ophthalmologique.....		PANAS.
Clinique d'accouchement.....		TARNIER.
		PINARD.

Professeurs honoraires

MM. SAPPEY, PAJOT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	FAUCONNIER.	MARIE.	SCHWARTZ.
ALBARAN.	GAUCHER.	MENETRIER.	SEBILLEAU.
ANDRÉ.	GILBERT.	NELATON.	THIERRY.
BAR.	GILLES DE LA TOURETTE.	NETTER.	THOINOT.
BONNAIRE.	GLEY.	POIRIER, chef des	TUFFIER.
BROCA.	HARTMANN.	travaux anatomi-	WALTER.
CHANTEMESSE.	HEIM.	ques.	VARNIER.
CHARRIN.	LEJARS.	REITERER.	WIDAL.
CHASSEVENT.	LETULLE.	RICARD.	WEISS.
DELBET.	MARFAN.	ROGER.	WURTZ.

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 6 décembre 1793, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'en doit leur donner aucune approbation ni improbation.

AUX MIENS

et

AUX AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR FOURNIER

Médecin à l'hôpital Saint-Louis,
Membre de l'Académie de Médecine,
Officier de la Légion d'honneur.

A MON CHER MAÎTRE :

MONSIEUR LE DOCTEUR DESPRÉS

Chirurgien des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur.

A MON MAÎTRE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

Membre de l'Académie de Médecine,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Professeur de Clinique obstétricale à la Faculté de Médecine,
Accoucheur de la Maternité Baudelocque.

A MON CHER MAÎTRE ET AMI :

MONSIEUR LE DOCTEUR THIROLLOIX

Ancien interne des Hôpitaux,
Grande médaille d'or de médecine.



INTRODUCTION



Les travaux de M. le Professeur Fournier, sur les affections parasyphilitiques, ont mis en lumière certaines conséquences, à peine soupçonnées avant lui, de l'infection syphilitique. Ces conséquences ont ceci de particulier, que tout en dérivant, par un mécanisme d'ailleurs inconnu, de la syphilis, elles offrent une gravité plus grande que les manifestations syphilitiques proprement dites. Cela tient surtout à ce que le traitement est sans action sur elles. Tout au plus, peut-on espérer quelque chose, quand, ainsi que l'a naguère démontré Verneuil, on a la chance d'assister à leur début. Encore cette action bienfaisante de la thérapeutique ne s'observe-t-elle que pour le rétrécissement du rectum (syphilome ano-rectal diffus) et peut-être pour quelques rares faits de tabes.

Le cadre de ces affections, s'est considérablement agrandi; et l'avenir l'élargira sans doute encore. Comme toutes les grandes affections, la syphilis laisse après elle des traces profondes, tous les appareils peuvent être lésés et peut-être beaucoup de cas d'athérome diffus, de néphrites chroniques, en sont-ils le résultat. Son action n'est plus douteuse en ce qui concerne la paralysie générale, le tabes, certaines formes de neurasthénie. Peut-être peut-elle revendiquer aussi une part dans la pathogénie du goitre exophthalmique, du diabète. Ce sont quelques faits de cet ordre, que nous avons eu la bonne fortune d'observer, qui nous ont engagé à étudier ce point de pathologie.

Nous ne pouvons nous dissimuler, la difficulté de la tâche, et l'imperfection de nos moyens d'investigation. Nous croyons néanmoins faire œuvre utile et nous serions heureux, si ce modeste travail, pouvait inspirer à de plus compétents que nous, l'idée de poursuivre ces recherches.

Nous ne voulons pas commenter ce travail, sans offrir nos plus sincères remerciements à M. le Professeur Fournier, pour l'honneur qu'il a bien voulu nous faire, en acceptant la présidence de notre thèse.





COUP D'ŒIL D'ENSEMBLE
sur les affections parasyphilitiques.



« On croit trop, dit M. le professeur Fournier, que
« la syphilis, maladie spécifique, se restreint à des
« manifestations et à des lésions d'ordre spécifique.
« Erreur profonde, erreur d'anatomo-pathologistes
« exclusifs et à courte vue, erreur à laquelle l'obser-
« vation inflige un démenti journalier. On a dit : « La
« syphilis, ne fait que de la syphilis. » Illusion ! La
« syphilis fait autre chose que de la syphilis. Elle ne
« réagit pas seulement sur ses victimes en tant que
« maladie spécifique et par son poison propre, elle
« réagit aussi sur elle en tant que maladie générale,
« et cela de par la perturbation profonde qu'elle
« apporte dans l'organisme, de par la crase humorale
« qu'elle modifie, de par le tempérament qu'elle affecte,

« la santé qu'elle altère, etc. Et ces influences d'un
« autre ordre, d'un ordre non spécifique, se traduisent
« souvent par telles ou telles manifestations morbides,
« qui, pour être issues de la syphilis comme origine,
« n'ont cependant plus rien de syphilitique comme
« nature. »

L'anatomie pathologique, en effet, ne révèle, dans ces cas, aucun des caractères habituels des lésions syphilitiques ; le traitement est sans influence.

En première ligne, parmi ces affections, figurent la syphilide pigmentaire et le tabes. La paralysie générale et l'amyotrophie progressive décrites par M. Raymond ne présentent peut-être pas des relations aussi certaines avec la syphilis. Mais les faits de plus en plus nombreux tendent à établir l'origine habituellement syphilitique de la première ; et pour la seconde les caractères cliniques indiqués par M. Raymond sont bien spéciaux et semblent correspondre à une entité morbide bien définie, à laquelle l'étiologie n'assigne comme origine possible que la syphilis. A un plan plus reculé, se placent des maladies qui n'ont certainement pas toujours leur point de départ dans la syphilis : telles la neurasthénie, l'hystérie, l'épilepsie même et peut-être le goitre exophthalmique. Le cadre s'agrandit encore si on considère la syphilis héréditaire et ses suites probables : cachexie fœtale, malformation auxquelles il faut peut-être ajouter certains cas de rachitisme, d'hydrocéphalie, de méningite, etc.

Et ce n'est pas tout encore. Quelques maladies n'ont pas encore reçu droit de cité dans la syphiligraphie.

Mais la fréquence des antécédents spécifiques conduit à se demander si la syphilis n'a pas agi comme cause déterminante. Nous citerons en première ligne le brightisme, l'athérome localisé ou généralisé, le diabète, la leucoplasie buccale, le psoriasis. Il est bien certain qu'on ne peut songer à considérer comme syphilitiques la plupart de ces accidents, mais quand on trouve, dans les antécédents du malade, une infection aussi grave et aussi profonde que la syphilis, on n'a pas le droit de rejeter *à priori* l'hypothèse de son intervention. A plus forte raison doit-on en tenir grand compte, quand l'étiologie de maladies à origine aussi vague que celles que nous venons d'énumérer, révèle la syphilis dans une bonne partie des cas.

Ces préliminaires posés, passons à l'examen des cas particuliers qui font l'objet de notre travail.





OBSERVATION I

Goitre exophtalmique.

(Note communiquée par notre ami le D^r P...)

En 1891 est entré à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Christophe, lit n° 2, un garçon de 25 ans, exerçant la profession de comptable. Il venait se faire traiter pour une toux accompagnée d'amaigrissement et de sueurs, qui l'avait fait considérer comme phthisique. L'examen des poumons fut négatif, mais il existait une tachycardie qui attira l'attention : il n'y avait pas d'exophtalmie, mais seulement un éclat particulier des yeux accompagné d'un peu de nystagmus. Tuméfaction légère du cou. Le tremblement n'apparaissait qu'à l'occasion de certains mouvements. Soif vive. Polyurie.

Le diagnostic de goitre exophtalmique fut porté, et le malade amélioré par l'hydrothérapie et la teinture de vèratre viride à la dose de vingt gouttes par jour.

Comme antécédents, on n'a pu relever dans l'histoire du malade que la syphilis, contractée à 19 ans et qui aurait été régulièrement soignée. Toutefois, le malade s'en préoccupait beaucoup et mettait sur le compte de la syphilis tous les accidents qu'il éprouvait. On essaya de lui donner de l'iodure de

potassium, mais il fut très mal supporté, provoqua une céphalée intense, de l'acné abondante et son usage dut être suspendu au bout de trois jours.

Tous les travaux relatifs au goitre exophtalmique font mention de cas analogues. M. Marie en rapporte deux qui lui sont personnels. Dans l'un le traumatisme paraît avoir joué un rôle plus marqué que la syphilis. Dans l'autre, au contraire, ce rôle est évident et nous tenons à reproduire l'observation de M. Marie, en raison du jour qu'elle jette sur les rapports de la maladie de Basedow avec la syphilis. Le même auteur relate deux cas empruntés à Chwostek : nous en donnons également le résumé.

OBSERVATION II

Syphilis-goitre exophtalmique (Thèse de M. Marie).

M^{me} M...., lingère (janvier 1883). Un oncle paternel idiot est mort dans un asile.

Elle a toujours été délicate dans son enfance; beaucoup de gourmes; croûtes dans les cheveux jusqu'à l'âge de 12 ans.

L'établissement de la menstruation s'est montré très difficile; à chaque époque menstruelle, elle éprouvait des douleurs violentes dans le bas-ventre, les règles ont toujours été irrégulières.

La malade a de tous temps été très nerveuse et émotive; mais cependant elle n'a jamais eu d'attaques de nerfs.

Elle s'est mariée, en 1881, et n'a eu qu'un enfant, bien portant, quoiqu'un peu strumeux (abcès au cou).

Pas d'alcoolisme, bien qu'elle ait souvent le matin des pituites.

En octobre 1879, son mari lui communique la syphilis.

En janvier 1880, elle entre à l'hôpital Saint-Louis et M. le professeur Fournier aurait constaté à cette époque une syphilitide papuleuse, pour laquelle elle resta trois semaines dans son service, et sortit tout à fait guérie. Quant au chancre, elle n'a pas remarqué son existence et ne peut donner aucun renseignement à cet égard ; mais elle sait très bien, que c'est en octobre 1879, que son mari, est revenu de voyage, portant des accidents syphilitiques.

Quand, à l'hôpital, elle eut appris qu'elle avait la syphilis, elle éprouva un chagrin immense et passa des journées entières à se désoler et à pleurer. Lorsqu'elle en fut sortie, elle eut, avec son mari, les scènes les plus violentes. D'ailleurs, des scènes de cette nature, avaient lieu entre eux depuis longtemps déjà. Son mari est, paraît il, un ivrogne, qui rentre souvent chez lui en état d'ébriété et se met alors à casser tout ce qui lui tombe sous la main ; il ne l'a cependant jamais battue.

Depuis cette époque, la malade fut prise d'insomnie et d'un tremblement généralisé très accentué.

En avril 1880, elle s'aperçut qu'elle avait une petite tumeur sur le côté droit du cou : les médecins à qui elle la montra, lui dirent que ce n'était rien, qu'elle n'avait pas à s'en inquiéter.

Au mois d'août 1880, elle fut prise de violents maux de gorge, qui sont probablement en rapport avec sa syphilis.

Au mois de novembre 1882, son goitre ayant augmenté d'une façon très notable, elle alla consulter un médecin qui lui conseilla d'en faire pratiquer l'extirpation : on avait même pris

jour pour cela ; mais la malade, effrayée, ne se rendit pas chez le chirurgien.

C'est seulement quelques semaines plus tard, que le goitre prit tout son développement et qu'elle remarqua les battements dont il est animé.

État actuel — Le goitre est assez développé, il occupe presque exclusivement le lobe droit du corps thyroïde qui fait une saillie dont le volume peut être comparé à celui de la moitié d'une grosse orange. Ce goitre est animé de battements. Les pulsations des vaisseaux du cou sont très sensibles, surtout à droite.

Il n'y a pas d'exophtalmie : les yeux, sans être hagards, sont plus brillants qu'à l'état normal.

Tremblement généralisé, très apparent aux membres supérieurs. Depuis qu'elle en est atteinte, la malade ne peut plus faire de travaux d'aiguille. Elle est encore lingère, mais prépare seulement l'ouvrage pour la machine à coudre en bâtissant les morceaux. Le tremblement existe aussi aux membres inférieurs ; on le constate quand la malade est assise et aussi quand elle est debout, en prenant soin de fixer une ligne passant par le sommet de la tête et un point fixe plus ou moins éloigné.

Les battements cardiaques sont violents mais réguliers. Il n'y a pas de souffle. Nous avons donné plus haut le tracé obtenu par le cardiographe et le sphygmographe.

Le poulx est mou, facilement dépressible : 125 pulsations et plus encore, quand la malade vient de marcher, elle est un peu émue.

Pas de palpitations subjectives, à tel point que la malade ne se doutait nullement de l'accélération considérable de son poulx. Quelquefois accès d'oppression.

Depuis 1879, au moment où elle a su qu'elle était syphili-

tique, elle est sujette à des diarrhées qui la prennent tout d'un coup et durent tantôt quelques heures, tantôt un peu plus. Elle n'a pas de coliques.

Depuis la même époque, elle est sujette à des sueurs très intenses, survenant surtout la nuit. Dans les premiers temps, il lui arrivait même de mouiller plusieurs chemises. Actuellement, elle présente une moiteur des mains très accentuée, beaucoup plus que des sueurs véritables. Pas de sensations subjectives de chaleur.

Le matin, dit-elle, elle se trouve beaucoup plus fatiguée que le soir au moment de se coucher : elle est tout essouffée et est prise de quintes de toux très violentes. Cette toux est sèche, sans expectoration ; et lorsque nous prenons le tracé de sa respiration, elle nous a plusieurs fois considérablement gênés. Rien de notable du côté des poumons.

En pressant sur le paquet vasculo-nerveux du cou à droite, on détermine une légère douleur s'irradiant du côté du sternum et produisant une certaine sensation d'oppression ; mais on n'observe aucune influence sur le nombre ou le caractère des battements du cœur.

Sur toute la région du cou et sur les régions sus-claviculaires des deux côtés, on voit de nombreuses taches pigmentaires assez analogues à des éphélides, mais beaucoup plus étendues ; elles sont surtout larges et confluentes au-dessous de l'apophyse mastoïde gauche. Il n'y en a pas sur les autres parties du corps.

Peut-être y a-t-il un peu d'albumine dans l'urine ; mais, lorsque nous l'avons examinée, la malade commençait à avoir ses règles.

Les réflexes rotuliens sont tout à fait normaux.

OBSERVATION III

Observation de Chwostek (*In* thèse de Marie.)

Lieutenant de 23 ans. Père : maladie de cœur, mort avec hémiplegie, aphasie et gangrène d'une jambe. Mère : un peu nerveuse.

Contracte la syphilis en février 1874. En avril, roséole. Traitement mercuriel efficace.

Le 20 janvier 1875, fort excès alcoolique à la suite duquel « le katzenjammer, mal aux cheveux » ne disparaît pas. Il reste abattu et les yeux fixes.

Le 1^{er} février, palpitations puis amaigrissement, fatigue générale, vomissements fréquents; pouls 110-120. Les yeux deviennent saillants, battements des vaisseaux du cou, légère augmentation du corps thyroïde. *Tremblement* des extrémités supérieures et inférieures à la moindre excitation, ainsi que des muscles de la face. Traitement par courants galvaniques sur le sympathique cervical et la colonne vertébrale : amélioration considérable. L'iodure de potassium détermina chez lui un accès de cardialgie atroce avec vomissements dans lesquels se trouvaient des taches de sang.

OBSERVATION IV

Observation de Chwostek (Thèse de Marie).

Lieutenant de 22 ans, syphilitique (psoriasis palmaire et ulcérations dans la gorge). *Pendant le traitement par l'iodure de*

potassium, on s'aperçoit qu'un léger goitre qu'il avait précédemment, augmentait très rapidement; en même temps sensation de tension dans les yeux, sueurs intenses et palpitations. Excitabilité psychique développée et, à la moindre excitation, *tremblement des mains et des pieds*; *proéminence des yeux*.

Le malade dit qu'il n'y a pas de maladies nerveuses dans sa famille et que, dans les derniers temps, avant sa maladie, il n'a été exposé à aucune émotion extraordinaire. La galvanisation a amené une amélioration considérable.

Chwostek se demande si, dans ces deux cas, il faut attribuer la maladie de Basedow, directement à la syphilis; ou si, cette dernière n'amène pas la maladie de Basedow par la dépression qu'elle exerce sur l'organisme, devenu ainsi moins apte à résister aux influences morbides. En faveur de cette dernière opinion, il fait remarquer, que le goitre, s'est développé pendant le traitement spécifique, que la maladie de Basedow, a rétrogradé, sous l'influence de la galvanisation; tandis que la syphilis restait au même point.

Ces observations sont très instructives. Elles montrent d'une façon très nette le mode d'action de la syphilis et avec M. Marie nous ne pensons pas qu'elles autorisent la création d'un type morbide qui serait la maladie de Basedow syphilitique.

Que montrent en effet ces observations? Dans les deux cas, personnels à M. Marie, nous voyons la syphilis ne figurer qu'à titre de renseignement. C'est un traumatisme qui est la cause des accidents. Dans le second, ainsi que nous l'avons déjà dit, la syphilis intervient d'une façon plus directe. Mais est-ce bien en tant que maladie infectieuse laissant dans l'orga-

nisme des traces persistantes ? C'est bien plutôt, la netteté du cas le montre, à titre de dépresseur moral.

La malade a été très affectée de se savoir malade, très inquiète de son avenir. En outre, au lieu de la tranquillité dont elle aurait eu besoin pour se soigner et guérir, elle n'a chez elle que discussions avec son mari, et mauvais traitements. Est-ce que, même en l'absence de la syphilis, de pareilles influences ne pourraient pas déterminer chez une névropathe héréditaire, l'apparition d'une névrose grave ?

Et les cas de Chowstek ? Dans le premier, c'est un excès alcoolique qui est le point de départ du goitre exophthalmique. Comme pour la première malade de M. Marie, il ne semble pas que la syphilis y soit pour rien. Dans le second ce n'est pas la syphilis, c'est le traitement par l'iodiure de potassium qui amène les phénomènes pathologiques. Fait intéressant et que Chowstek ne manque pas de mettre en lumière, la galvanisation améliore son état, tandis que la syphilis continue son évolution.





NÉPHRITES CHRONIQUES



OBSERVATION V, due à l'obligeance de M. le Dr R...

Néphrites chroniques.

M. A..., 45 ans, nous consulte pour des maux de tête, des vertiges, des troubles de la vue et des palpitations de cœur.

M. A... dit n'avoir jamais été malade. La seule maladie dont il se souvienne a été une syphilis assez légère : un chancre, un peu de roséole et quelques plaques muqueuses dans la gorge. Il s'est cependant soigné pendant deux ans ; il prenait des pilules de Ricord.

Actuellement, il offre au grand complet les phénomènes décrits par M. Dieulafoy sous le nom de petits signes du brightisme : fourmillement des extrémités, crampes, doigt mort, sensibilité extrême au froid. Au moment où nous le voyons, il est très pâle et présente, le matin au réveil, un peu d'œdème des paupières. Bruit de galop cardiaque.

L'urine est abondante. M. A... est obligé de se lever en moyenne deux fois par nuit. La densité de cette urine est faible (1.002). Elle contient des quantités assez notables d'albumine.

Le malade, soumis au régime lacté, à l'antisepsie intestinale, est actuellement en observation et son état semble s'améliorer un peu

Cette observation est intéressante, en ce que les antécédents du malade, examinés cependant avec soin, n'ont pas révélé autre chose que la syphilis. Cependant, on ne saurait rien affirmer et s'il est possible, probable même, que la syphilis ait joué un rôle dans la genèse de sa maladie, ce rôle n'est pas démontré. Il se peut en effet que la syphilis ait excité soit une maladie de l'enfance dont le souvenir est perdu, soit une petite affection trop peu importante pour avoir marqué dans les souvenirs : par exemple une angine légère, une grippe de faible intensité. C'est d'ailleurs une objection dont sont passibles la plupart des observations de cet ordre.

Si l'on interroge les opinions des auteurs relativement à la part de la syphilis dans l'étiologie des néphrites chroniques, on constate de nombreuses

divergences. M. Lancereaux se refuse absolument à l'admettre. M. Brault (*Traité de médecine*) ne se prononce pas catégoriquement.

Dans sa thèse d'agrégation, sur la pathogénie des néphrites, M. Gaucher, émet l'idée que l'agent infectieux, peut déterminer dans les reins deux ordres de lésions : les unes, néphrites précoces, correspondant aux néphrites aiguës ordinaires des maladies infectieuses, tiennent à sa persistance dans l'organisme ; les autres, néphrites tardives, ne seraient que des scléroses tertiaires. Mais, de même qu'une néphrite scarlatineuse, typhoïde, etc..., peut passer à l'état chronique ; de même, une néphrite aiguë, syphilitique, peut laisser derrière elle des désordres durables et permanents, dont l'évolution, très lente, est nécessairement insidieuse et qui ne se révèlent qu'au bout d'un temps plus ou moins long sous l'aspect banal d'une néphrite chronique ordinaire.

C'est aussi ce que pense M. Labadie-Lagrave (maladies du rein). Ces idées trouvent leur consécration dans les recherches de M. Laffitte, qui a constaté dans des cas de cet ordre une sclérose diffuse de l'organe.

C'est également l'opinion de Negel (*La syphilis rénale*, Paris, 1882.) « Une question d'extrême importance reste à résoudre, dit-il, c'est celle de savoir « ce que les néphrites syphilitiques secondaires, « considérées comme guéries, deviendront dans un

« temps plus ou moins éloigné? Beaucoup de pré-
« somptions font penser qu'un certain nombre de cas
« du mal de Bright, peuvent être la récédive ou la ter-
« minaison latente de la maladie primitive du rein
« (néphrite syphilitique précoce). »

Et plus loin il ajoute : « Les complications rénales
« survenues à une période avancée de la syphilis
« (accidents tertiaires et quaternaires) existent et se
« présentent tantôt avec les caractères du mal de
« Bright aigu ou *chronique*, tantôt, etc... » « Ces
« altérations rénales spécifiques sont plus graves que
« celles qui apparaissent dans les premières années
« de la syphilis. Toutefois elles peuvent bénéficier du
« traitement spécifique, à la seule condition que la
« lésion du rein ne soit pas trop avancée; car de
« même que pour les centres nerveux, on ne peut pas
« avoir la prétention de refaire les tissus. »

Plusieurs auteurs, surtout Wagner, ont rapporté
des observations qui nous semblent probantes. En voici
la reproduction.

OBSERVATION VI

Wagner. (*Deutsch Archiv. Klin. medicin.*, 1880.)

Un homme, âgé de 38 ans, commence à sentir depuis le mois
de juin 1887 un grand abattement et une diminution de la vue;
depuis une semaine, il a de violentes douleurs péri-orbitaires,

des vomissements opiniâtres, des vertiges, une grande faiblesse, de l'inappétence et des envies fréquentes d'uriner. Depuis le milieu du mois d'octobre, il a des vomissements tous les jours, et depuis la fin d'octobre les douleurs frontales diminuent rapidement ; le malade remarque aussi que les urines sont troubles et mousseuses.

Au bout de six jours, les urines redeviennent claires, et après un même laps de temps il survient subitement dans la nuit une forte douleur dans le troisième orteil gauche ; au commencement de novembre apparaît une forte douleur dans le ventre. Jamais d'œdème.

Etat du malade depuis le 20 novembre 1887.

Se plaint d'un abattement opiniâtre et de douleurs dans l'orteil ; l'appétit est bon. T. 36°5, pouls à 112, fort ; toutes les artères, perceptibles au doigt, sont rigides ; 24 respirations, amaigrissement. Pas d'œdème. Rétinite double et hypertrophie du ventricule gauche ; le ventre est plus dur et le troisième orteil est enflé. L'urine est claire, jaunâtre et contient de l'albumine.

Dans les jours suivants, la quantité des urines varie entre 1.100 et 3.000 grammes. D. 1.009. Dans le dépôt du fond du vase, il y a quelques cylindres hyalins et des globules blancs du sang. Après un écart de régime, dans la nuit du 26 novembre, le malade succombe par péritonite.

Autopsie.— Hypertrophie excentrique du ventricule gauche. Endartérite chronique intense et de nombreux thrombus des parois de l'aorte. Gangrène de l'orteil. Cicatrice syphilitique du foie. Une tumeur chronique de la rate avec des infarctus hémorrhagiques anciens. Les reins sont légèrement contractés et granuleux. Ulcères catarrhaux de l'extrémité inférieure de l'iléon ; un des ulcères a été perforé. Péritonite généralisée.

OBSERVATION VII

Barthélémy. (*Annales de dermatologie et de syphiligraphie.*)

Carin Léopold, âgé de 55 ans, bijoutier, entre le 2 avril 1877, salle Saint-Louis, n° 30. A l'âge de 18 ans, il a eu un écoulement qui a duré trois mois. Cet écoulement fut traité par des tisanes et des pilules de protoiodure de mercure ; quoique le malade n'ait pas remarqué le moindre vestige d'un chancre. Depuis la fin de cet écoulement, le malade se porta toujours très bien ; il eut seulement, étant militaire, une rétention d'urine qui disparut rapidement.

En 1867, sans cause appréciable, il eut des névralgies violentes qui ne le quittaient ni jour ni nuit. Selon le malade, les douleurs de la tête étaient plus violentes la nuit que le jour. Ces douleurs durèrent environ deux ans.

En 1869, le malade aperçut, sur le front, à 4 centimètres environ au dessus du sourcil gauche, une tumeur qui atteignit rapidement le volume d'une demi-noix. Cette tumeur était molle et fluctuante et donna au bout de quelques jours issue à un liquide séreux. Bientôt, et à côté de la précédente, apparut une nouvelle tumeur qui évolua de la même façon et ainsi de suite. Dans l'espace d'un mois, le cuir chevelu tout entier en fut couvert et notamment à la région occipitale où l'éruption fut confluyente.

Ces tumeurs, après leur évolution, laissèrent des cicatrices profondes, de grandeur variable.

En avant, sur le frontal, elles forment de petits points, au nombre de trois ou quatre, situés verticalement, pénétrant à une profondeur d'un demi-centimètre pour la plus profonde

(gauche) et de 3 millimètres pour la plus superficielle. Celles du vertex ont laissé des cicatrices aussi profondes mais plus larges, ainsi que celles de la partie occipitale.

Les dernières tumeurs se montrèrent sur la face, autour des orbites. A gauche, il y en eut deux au bord adhérent de la paupière, une à chaque angle du même œil, une autre enfin sur la paupière inférieure du même côté.

A droite, il n'y en eut pas moins et avec des dispositions analogues, envahissant même les régions malaires et mastoïdiennes.

Les tumeurs qui entourèrent les yeux acquirent à peine le volume d'un pois. Les cicatrices de la face sont moins larges que celles du front; mais elles sont aussi profondes et sont adhérentes aux os! La plus profonde est celle de l'angle externe de l'œil droit. Un stylet s'y enfonce à 1 centimètre. Il en sort un liquide blanchâtre, puriforme. Avec l'apparition de ces tumeurs disparurent les douleurs de tête et le malade eut plusieurs années de tranquillité et de bonne santé.

En 1877 (janvier), il ressentit dans le bras gauche des douleurs violentes et profondes, douleurs non continues, plus fortes la nuit que le jour. Un mois après apparut une exostose considérable de l'humérus gauche, qui fut déformé.

A mesure que l'os grossissait, le bras s'engourdissait et la main se refroidissait, était gênée dans ses mouvements et perdait de sa force.

Enfin, au mois de mars, de nouvelles douleurs se firent sentir dans la fesse et dans l'aîne gauche. Ces douleurs étaient analogues à celles du bras.

En même temps, le fémur correspondant augmentait de volume dans son tiers supérieur.

Tel était l'état pour lequel Carin vint faire un premier séjour

à l'hôpital Saint-Louis. Au bout d'un mois, il était déjà fort amélioré (mai 77).

Si j'ai insisté avec autant de soin sur la description des lésions de cet homme, c'est que leur nombre et leur disposition donnaient à son crâne un aspect tout spécial. Toutes ces saillies et ces dépressions anormales, se succédant les unes aux autres rappellent, ainsi que le fait remarquer par une comparaison heureuse qui se grave facilement dans l'esprit M. le professeur Fournier, le jeu qu'on rencontre sur toutes les foires : le jeu de macarons. On peut s'en convaincre en examinant au musée de l'hôpital le crâne de cet homme qui fut alors fidèlement moulé. Enfin, j'ai voulu décrire ces ostéomes gommeux avec d'autant plus de soin que les accidents du début de la syphilis étaient passés inaperçus. La syphilis, en effet, bien qu'ignorée du malade, bien que non traitée, est incontestable.

Depuis sa sortie de l'hôpital (octobre 1877 jusqu'en 1880), Carin n'a pas été malade et par conséquent, comme il le dit lui-même, n'a fait aucun traitement.

Au mois de mars 1880, apparition rapide de troubles divers : malaise général, affaiblissement marqué, lassitude pour le moindre effort, tendance accentuée à la torpeur, à la tristesse, à l'inaction, à la passivité. Ce n'est qu'à regret, qu'il exécute un mouvement, il est fatigué à l'avance, il n'a plus de goût à rien : il est indifférent à tout. Il reste assis pendant deux heures, la tête vague, sans agir, sans penser, sans même se demander ce qu'il fait là.

Les idées sont devenues rares, même pour la conversation qu'il a languissante, incohérente, lente et sans suite. La mémoire est aussi diminuée que l'activité intellectuelle. Il fait telle course pour une autre, il va dans tel endroit croyant se rendre dans tel autre, ou bien il ne s'aperçoit de son erreur

qu'au moment même de faire sa commission ou son placement de marchandises. De là, pour le malade, grand découragement et tristesse profonde. Il s'assoupit, mais ne dort pas d'un sommeil réparateur. Il est toujours refroidi, algide même au mois de mai 1880. Il n'a d'ailleurs pas de fièvre, que très peu d'appétit, avec un dégoût prononcé pour la viande.

Tous ces phénomènes nerveux, qui sont du reste de la syphilis cérébrale, ont été étudiés avec le plus grand soin par M. le professeur Fournier. Dans le cas actuel, le professeur ne saurait les laisser passer sous silence et insiste sur leur importance et leur gravité.

Le malade ne souffre d'ailleurs de nulle part ; il ne se plaint que de céphalalgie, de lourdeur de tête, de compression au niveau du front, au dessus des deux yeux ; il a des sensations bizarres, son cerveau entre par moments en bouillonnement, ou bien il croit que son crâne va se soulever.

La céphalalgie est continuelle, elle n'est interrompue soit le jour, soit la nuit que par des élancements particuliers.

D'ailleurs, pas de fourmillements, pas d'engourdissements. Quelques crampes douloureuses dans les jambes ; soubresauts de tendons ou de muscles, surtout la nuit, sensibilité intacte : pas de vomissements.

Depuis huit jours, apparition de vertiges, d'accès vertigineux ; depuis le même temps il a eu trois chutes, sans perte de connaissance. Il se relève aussitôt et marche ensuite pendant vingt minutes environ, comme un homme ivre. Le vertige et la faiblesse semblent être les seules causes des chutes,

Pas de paralysie partielle. Pas d'embarras de la parole. Asthénie, pâleur généralisée. Oppressions fréquentes. Pas d'œdème des membres ; mais ballonnement abdominal avec ascite légère. Pas d'hydrothorax, mais râles sous-crépitaux, groupés par foyers perçus d'abord à gauche, puis à droite.

Enfin, légère bouffissure du visage. L'examen des urines démontre l'existence d'une albuminurie considérable. L'urine se prend en masse blanche, d'abord filamenteuse, mais tombant rapidement au fond du verre.

Traitement. — Régime lacté absolu.

KI..... 5 grammes.

Frictions hydrargyriques..... 5 —

Ventouses sèches sur le thorax.

15 mai. — Pas de fièvre. Cependant, redoublement de l'oppression et formation à gauche, d'un épanchement pleural. Râles sibilants et sous crépitants dans le reste de la poitrine, souffle et matité à gauche.

A huit heures du soir, le malade entre dans le coma et meurt à quatre heures du matin, quelques jours après sa rentrée à l'hôpital.

AUTOPSIE.

Thorax. — Epanchement dans la plèvre gauche (un litre et demi de sérosité transparente). Pas de trace d'ascite.

Le poumon gauche est comprimé. Il ne contient ni foyers pneumoniques, ni granulations tuberculeuses.

Le poumon droit, très congestionné, se laisse pénétrer à la base par le doigt et laisse écouler abondamment du sang noir et spumeux.

Pas de péricardite aiguë ni chronique.

Cœur de volume normal. Le ventricule gauche est en systole, le ventricule droit en diastole; myocarde du volume normal, mais non grasseux. Valvule mitrale épaisse, athéromateuse mais suffisante. Cœur droit sain.

Crâne. — La décortication du cuir chevelu est difficile, au niveau du vertex surtout, tant la peau est amincie, adhérente à l'os et transformée tout entière en tissu nodulaire. Quand

cette décortication est faite, le cuir chevelu est transformé, à cause des adhérences cicatricielles qui ont été déchirées, en une membrane percée à jour en de nombreux endroits.

Le crâne est tel que nous l'avons décrit; on peut d'ailleurs le voir, au musée Saint-Louis, dans une des vitrines particulières du docteur Fournier.

Hémisphère cérébral gauche. — Le tiers postérieur de la deuxième circonvolution frontale est le siège d'une *dépression marquée*; il existe là une cavité ayant l'étendue de la moitié d'une amande fermée par un feuillet de la pie-mère qui n'est nullement épaissie à son niveau.

Il n'y a d'ailleurs dans cette cavité aucune trace de caillot ancien; pas de cholestérine, pas de produit inflammatoire ni néoplasique, pas d'adhérence avec la pie-mère. Rien d'analogue dans le côté opposé sur le point correspondant. Un jet d'eau ne dissocie aucune partie de la substance cérébrale.

Les artères de la base ne présentent que quelques points d'adhérence.

Les autres portions de l'encéphale sont absolument saines.

Abdomen. — Rate normale. Légère dégénérescence graisseuse du foie.

Reins. — Les reins se décortiquent facilement. Mais on aperçoit à la surface de la substance corticale des noyaux lenticulaires extrêmement abondants, serrés, blanchâtres et jaunâtres, répondant à une dégénérescence granulo-graisseuse accentuée. Cette altération est plus prononcée sur le rein gauche qui est plus petit. L'aspect de ce rein est assez semblable, d'après l'examen microscopique, au foie cirrhotique, tant la surface est jaunâtre, rugueuse, mamelonnée et différente de l'aspect lisse normal. A la coupe, la dégénérescence graisseuse s'accroît, toute la substance corticale qui est très

épaisse et mesure plus de deux centimètres dans les points les plus étroits, est blanche et dégénérée; au point que c'est à peine si, au niveau des pyramides, on aperçoit encore çà et là, des faisceaux rouges des tubes.

Dans un seul point, la pyramide apparaît nettement à son sommet, elle est recouverte par une substance corticale épaisse de plus d'un centimètre.

Dans la généralité de l'organe les deux substances sont confondues à l'œil nu. Il n'y a d'ailleurs pas de traces de foyers caséiformes, ni gommeux. En résumé, l'examen macroscopique fait croire à la néphrite parenchymateuse.

Ces pièces anatomiques nous ont semblé dignes d'une analyse plus approfondie et nous avons prié notre collègue et ami, le docteur Balzer, d'en faire l'examen microscopique.

Voici la note qu'il nous a remise à ce sujet :

Les coupes du rein ont été traitées par le picro-carminate d'ammoniaque et quelques-unes par le violet de méthylaniline. Ce dernier réactif montre que le rein est atteint d'une dégénérescence amyloïde déjà avancée. Quelques glomérules sont envahis complètement; d'autres seulement en quelques points. Les gros vaisseaux sont intacts; la dégénérescence n'atteint que quelques vaisseaux de moyen calibre et les artérioles. La capsule des glomérules est épaissie, fibreuse : la sclérose envahit même la partie interne de la capsule et rétrécit cette dernière. Un certain nombre de glomérules sont devenus complètement fibreux. Enfin, le tissu conjonctif péricapsulaire est épaissi dans une assez grande étendue, surtout dans certains points, où ce sont les lésions propres à la néphrite interstitielle qui ont pris le plus de développement.

Cette néphrite interstitielle est généralisée : énorme presque partout. Le lobule du rein n'est pas atteint seulement à sa périphérie; dans le voisinage des glomérules, la sclérose enva-

hit aussi le labyrinthe et le centre du lobule, circonscrivant partout les tubes et formant autour d'eux des gaines épaisses. De larges travées fibreuses cloisonnent en beaucoup de points les lobules du rein.

La dégénérescence amyloïde envahit ce tissu en plusieurs endroits : partant des vaisseaux, elle rayonne dans des directions difficiles à décrire. Les gros vaisseaux sont très congestionnés, bourrés de glomérules sanguins. Il faut noter enfin que la sclérose n'est pas partout aussi complètement organisée. En plusieurs endroits, les espaces qui séparent les tubes, contiennent des amas de cellules rondes ou fusiformes, montrant les phases primitives de la néphrite interstitielle et trahissant un processus encore très actif.

Les altérations tubulaires sont également très accusées. Les tubes droits sont comprimés, atrophiés, parfois difficilement reconnaissables. Presque partout, le revêtement épithélial consiste en une bande cellulaire mince collée entre la paroi du tube et flottant dans sa cavité. Les épithéliums sont ordinairement granuleux, colorés en brun foncé par le picrocarminate.

Le centre du tube est occupé fréquemment par des boules réfringentes ressemblant à des gouttelettes de mucus, décrites par M. Cornil. On trouve aussi de gros corps granuleux chargés de granulations graisseuses libres : très souvent enfin de la matière colloïde.

Celle-ci se présente parfois en grains, retenus par les masses granuleuses; ou bien elle occupe toute la cavité du tube, refoulant et atrophiant les épithéliums. C'est surtout dans les tubes droits qu'elle est sécrétée en si grande abondance.

OBSERVATION VIII

Wagner 1882. *Der morbus Brightii*. (In thèse de Negel.)

Un homme, âgé de 39 ans, mécanicien, souffrant depuis sa jeunesse. A 18 ans, il eut un chancre sans accidents secondaires consécutifs, mais depuis, il a eu quelques douleurs dans les articulations et il est enroué de temps en temps depuis 1859. En 1877, le malade eut un second chancre avec des bubons ulcérés, une affection syphilitique des yeux et des douleurs articulaires plus fortes. Plus tard, obstruction des narines par des croûtes sanguinolentes et dures : respiration courte, hémoptysie et faiblesse.

Traitement par le sublimé, dans une clinique d'ophtalmologie.

Le 27 mars 1878. — Roséole syphilitique généralisée, pas d'œdème, un léger catarrhe chronique du nez et de la gorge ; enrrouement continu et toux fréquente.

Urines. — Diminuées de quantité, troubles et de couleur jaune verdâtre foncée. Il y a un peu d'albumine.

Les semaines suivantes, la quantité des urines varie entre 200 et 1.200 grammes par vingt-quatre heures, densité entre 1.004 et 1.010 et toujours peu d'albumine. De temps en temps pendant plusieurs jours, les urines sont d'un rouge sale et laissent déposer un sédiment énorme qui contient beaucoup de globules rouges et peu de blancs. Il y a aussi çà et là, des cylindres hyalins qui renferment des cellules épithéliales et des globules rouges et quelques-uns des cellules grasseuses.

Le 2 avril. — L'iritis syphilitique se trouve en état de guérison

Traitement jusqu'au 7 avril, par l'iodiure de potassium et les frictions mercurielles.

Le 10 avril. — Douleurs nocturnes dans les clavicules.

Le 19 avril. — Douleurs dans plusieurs articulations avec rougeurs, gonflement et fièvre modérée (acide salicylique); on suspend le traitement spécifique.

Le 22 avril. — Les douleurs et la fièvre ont disparu et on recommence les frictions mercurielles.

Le 6 mai. — Conjonctivite intense.

Le 10 mai. — Salivation, urines très colorées avec dépôt.

Le 15 mai. — Même état.

Le 18 mai. — Urines moins colorées.

Le 19 mai. — On trouve dans les urines peu d'albumine, peu de globules rouges et peu de cylindres.

Le 11 juin. — Iritis aussi intense qu'auparavant.

Au mois de juillet. — Les urines présentent les mêmes caractères que le 14 mai; il y a peu d'albumine et amélioration de l'état du malade.

Dans cet état, le malade sort du service à la fin du mois de novembre : les urines sont un peu plus rouges.

Depuis la fin du mois de février 1879, le malade est plus faible. Il a de l'iritis et la toux est plus intense; il se plaint aussi de démangeaisons et de douleurs nocturnes dans les tibias : les urines sont plus colorées.

Le malade rentre à l'hôpital le 22 avril 1879. En général, son état est comme à sa première entrée, il présente des symptômes d'induration du sommet gauche du pòumon, un emphysème léger et bronchite intense.

Pas d'œdème, pas d'hypertrophie cardiaque : les urines sont troubles et d'un rouge brun : albumine 1/8 volume. Dans le dépôt du fond du vase, on trouve beaucoup de globules rouges et peu de blancs; il y a aussi beaucoup de cylindres

qui renferment des globules rouges ou des cellules allongées ou polygonales qui ressemblent aux cellules épithéliales, on trouve encore des cellules épithéliales séparées et anguleuses en assez grande quantité et renfermant presque toutes du pigment granuleux d'un jaune rouge.

Depuis la fin du mois de mai, jusqu'à la mort, on a remarqué une grande différence entre les urines du jour et celles de la nuit. La quantité et la densité des urines étaient plus fortes la nuit que le jour ; en général la quantité des urines augmentait presque toujours et la densité diminuait. (D. 1010-1013). Albumine 1/15, 1/20 volume.

Les urines de la nuit sont presque toujours claires et celles du jour, rougeâtres avec un dépôt plus épais et plus foncé.

Au milieu du mois de juillet, ayant fait l'examen laryngoscopique, on a trouvé une infiltration intense de la corde vocale supérieure gauche ; les poumons sont dans le même état, rétine normale.

Au commencement du mois d'août, conjonctive qui dure plusieurs jours et iritis. A la fin de septembre, dysenterie légère pendant deux semaines. Le malade reste debout presque continuellement : pas d'œdème, même état pour les urines.

Depuis le 7 avril 1880, le malade a eu tous les jours, plusieurs vomissements jusqu'au 30 avril.

Depuis le 7 mai, la quantité des urines se trouve à 900 grammes.

Depuis le 9, faiblesse plus grande, pouls plus petit, céphalalgie modérée, oppression.

Le 10 mai. — Dans la nuit, le malade a du délire.

Le 12. — Respiration lente et pouls insensible.

Le 13. — Somnolence et le 14, mort.

A l'autopsie, on trouve une phthisie pulmonaire chronique, diffuse, des ulcérations du larynx probablement syphilitiques,

une péricardite aiguë fibrineuse avec peu d'exsudats. Cœur normal. Rien dans les articulations.

Reins. — De volume normal, avec très fines granulations à la surface et plus dures que le reste de l'organe. On distingue aussi quelques hémorrhagies légères. Au microscope, 4/6 parties de la substance corticale sont infiltrées par beaucoup de petites cellules; il y a quelques vaisseaux très remplis et très larges; des canalicules sans cylindres ou des canalicules très étroits et atrophies. Un certain nombre de glomérules ont des capsules épaisses. Dans beaucoup, on trouve entre la capsule et les capillaires une grande quantité de cellules épithéliales qui remplissent la moitié de la cavité capsulaire. On trouve aussi quelques globules rouges. Dans le reste du rein, on voit quelques canalicules urinifères de calibre normal : l'épithélium n'est pas épaissi et ils sont remplis d'albumine coagulable. Dans certains endroits, les canalicules sont complètement remplis de globules rouges : un petit nombre contiennent de nombreux globules de pus. Dans d'autres, on ne trouve que des cylindres hyalins ou des globules rouges et blancs en quantité moindre.

Dans beaucoup de canalicules, les cellules épithéliales sont très grasses. Quoique le stroma soit normal, on ne trouve presque pas de glomérules intacts.

Pyramides. — Dans cette région, les canalicules contiennent les mêmes éléments que ceux de la substance corticale. La tunique interne des artères rénales de moyen calibre est souvent hypertrophiée et sans multiplication de cellules nouvelles.





DIABÈTE

L'étiologie du diabète paraît assez nettement fixée et c'est, en définitive, soit à un trouble général de la nutrition, soit à un choc nerveux que peuvent se rapporter la majorité des faits. Le rôle pathogénique possible de la syphilis n'a été qu'entre vu. Deux observations de Dub, une de M. Lancereaux, une de Seegen ; quelques lignes de M. le professeur Jaccoud, les thèses de Servantie et d'Arnaud, constituent à peu près tout le bilan de la question.

A la vérité, on trouve dans les auteurs quelques faits de lésion du plancher ventriculaire ayant produit de la glycosurie, de la polyurie, en un mot le syndrome complet du diabète. La plupart de ces lésions sont des gommes et sont justiciables du traitement spécifique. Mais ce ne sont pas ces faits que nous avons en vue. Quand nous parlons de diabète, nous entendons

le diabète ordinaire dans lequel l'anatomie pathologique ne révèle rien, ou fait seulement découvrir des lésions secondaires, telles que les altérations des reins, des poumons, etc... Ainsi restreinte la question est presque neuve : tant sont rares les matériaux qui peuvent servir à l'étudier.

Cependant, si rares qu'ils soient, ils existent et les travaux que nous venons de citer en renferment quelques-uns.

On peut se demander d'abord dans quelle mesure la syphilis est intervenue dans ces cas et, en considérant les antécédents des malades on est tenté de considérer comme une juste coïncidence, la coexistence des deux maladies. Nous ne pouvons, à la vérité, apporter la preuve du contraire ; mais il nous semble qu'une difficulté d'interprétation comme celle-là, peut être tranchée sans autre forme de procès.

Un médecin qui eût dit, il y a quelques années, que l'hystérie, la neurasthénie, la paralysie générale, pouvaient apparaître comme conséquences éloignées de l'infection syphilitique, n'eût récolté que des sarcasmes. Qu'on nous permette de rappeler les controverses passionnées que suscitèrent les publications de M. le professeur Fournier, relatives à l'ataxie locomotrice. Et cependant, aujourd'hui, personne ou à peu près ne conteste ses affirmations.

Et ce qu'a fait M. le professeur Fournier, pour l'ataxie, l'école de la Salpêtrière l'a fait pour l'hystérie, pour la neurasthénie. En sorte qu'aujourd'hui on trouve tout simple d'admettre qu'un sujet ait pu devenir

hystérique ou neurasthénique, après avoir eu la syphilis ; non par une simple coïncidence, mais bien parce qu'il y a un rapport de cause à effet entre la neuropathie et l'infection antérieure. Tout le monde accepte cette idée aujourd'hui, que les maladies infectieuses servent en quelque sorte de révélateur et font apparaître une tare héréditaire latente jusque-là.

Or, qu'est le diabète ? Une maladie par ralentissement de la nutrition, selon les uns ; une maladie nerveuse d'après les autres. Dans ces deux hypothèses, l'influence d'un facteur nocif comme la syphilis est parfaitement acceptable, au même titre que celle d'un traumatisme. Posée dans ces termes, la question de l'origine syphilitique de certains diabètes, n'a rien de choquant et sans se lancer dans des affirmations auxquelles manqueraient les preuves, on peut, à titre d'hypothèse, émettre cette opinion, que la syphilis peut, chez certains sujets prédisposés, devenir une cause possible de diabète.

OBSERVATION IX

(Personnelle.)

Un de nos amis, M. C..., ingénieur, âgé de 34 ans, a eu la syphilis, il y a 14 ans. Il s'est régulièrement soigné et n'a d'ailleurs présenté que de faibles manifestations, quelques plaques muqueuses, un peu de roséole, de la céphalée pendant quelques jours.

Héréditairement, M. C... est un arthritique. Sa mère est rhumatisante. Son père était goutteux et est mort d'hémorragie cérébrale. Lui-même a une tendance à l'obésité.

En 1893, il a été vivement inquiet, à la suite de l'apparition, d'une éruption cutanée que nous n'avons pas vue. Mais, croyant à un retour de la syphilis, M. C... a rompu un mariage auquel il tenait beaucoup, et a dû subir, à la suite de cette rupture, des ennuis nombreux. S'apercevant, au commencement de 1894, qu'il perdait ses forces; il a consulté. On a trouvé du sucre dans ses urines. Ce sucre a disparu au bout de quelques mois de régime sévère. Actuellement, il présente encore de temps en temps de la polyurie; mais l'état général est très bon.

OBSERVATION X

Dub. (In thèse de Servantie).

En mai 1897, un homme vient réclamer mes soins, il avait beaucoup maigri. Il raconte que sa mère avait succombé à la même affection dont il souffre lui-même aujourd'hui. Il n'a jamais été malade auparavant; il est tourmenté par une soif inextinguible, une miction très abondante, une faim insatiable et encore plus par l'anéantissement de ses forces. Enfin, il rougit de son inaptitude à remplir les fonctions génésiques, bien que marié depuis 14 jours seulement.

En poussant plus loin mes investigations, je trouvai sur tout le corps des taches exanthématiques d'un rouge cuivré; à gauche, dans l'arrière-cavité buccale, une ulcération; les ganglions inguinaux des deux côtés étaient engorgés; et quoique l'orifice du canal de l'urèthre ne présentât aucune rougeur, le

linge était sali de taches blanches et brillantes. Le pouls était petit, faible, accéléré. Les mouvements un peu violents provoquent des palpitations cardiaques; les aliments sont bien digérés; il y a constipation. Le corps pèse 80 livres.

L'examen des urines, par la méthode de Bottger et le réactif de Trommer, a fourni une très forte proportion de sucre. La cicatrice, l'engorgement ganglionnaire, l'exanthème, l'ulcération du pharynx étaient pour moi des preuves de la syphilis et je crus qu'il fallait d'abord m'attaquer à celle-ci avant d'instituer un traitement pour le diabète concomitant.

Sous l'influence du traitement mercuriel, les syphilides pâlirent au bout de dix jours; l'ulcération de l'arrière-gorge commença à se cicatriser; le pouls devint moins accéléré; le malade pesait 93 livres. L'urine était encore sucrée. Au bout de six semaines de traitement, toute trace de syphilis avait disparu, et avec elle, la polyurie et la polydipsie. Les facultés génésiques s'étaient réveillées, la boulimie avait fait place à un état normal; l'urine ne présentait plus aucune trace de sucre.

Le professeur Tacksch, qui vit ce malade quelque temps après, ne trouva pas non plus de sucre dans l'urine; seulement dans l'intervalle, il était survenu, à la face palmaire de la main, nue syphilide squameuse.

Je perdis alors ce malade de vue; mais depuis, j'ai appris que le diabète avait reparu l'année suivante, que le malade avait été envoyé à Carlsbad et qu'il était mort peu de temps après en être revenu.





CONCLUSIONS



I. — La syphilis, comme toutes les maladies infectieuses, peut laisser derrière elle, des altérations profondes des organes, qui n'ont de syphilitique que l'origine; et peuvent ne présenter aucun des caractères assignés habituellement aux lésions syphilitiques ;

II. — Ces altérations peuvent se rencontrer dans tous les organes et dans tous les appareils : il y a donc lieu d'étendre considérablement le domaine des affections dites parasyphilitiques ;

III. — Le traitement spécifique n'a, en général, aucune action sur les affections de ce groupe. On peut cependant se demander, si, en l'appliquant à temps, avant la constatation de désordres anatomiques irré-

médiabiles, on ne parviendrait pas à les enrayer. Pour faire ce diagnostic étiologique précoce, il est indispensable de rechercher minutieusement la syphilis dans les antécédents des malades, quels qu'ils soient ;

IV. — Les névroses nous paraissent faire exception à cette règle ; leur développement semblant plutôt lié aux conditions morales de l'individu infecté qu'à l'infection elle-même.





BIBLIOGRAPHIE



Suites de la syphilis en général.

Professeur Fournier. — Leçons sur la période préataxique du
Tabes.

- L'ataxie locomotrice d'origine syphilitique.
- Les affections parasyphilitiques.

AFFECTIONS RÉNALES

Negel. — Thèse de Paris, 1884.

Gaucher. — Pathogénie des néphrites, (Thèse agrég. 1883.)

Wagner. — Der morbus Brightii, 1882.

GOITRE EXOPHTHALMIQUE

Marie. — Contributions à l'étude et au diagnostic des formes
frustes de la maladie de Basedow. (Thèse de
Paris, 1883.)

DIABÈTE

Lancereaux. — Traité de la syphilis.

Arnaud. — De l'influence réciproque du diabète sur la syphilis et de la syphilis sur le diabète. (Thèse de Paris, 1886.)

Servantie. — Rapports du diabète et de la syphilis. (Thèse de Paris, 1876.)

Leudet. — Études de pathologie et de clinique médicales.

Jaccoud. — Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques. Article : Diabète.

Vu : par le Président.
FOURNIER.

Vu : le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.
GREARD.

